CONSIDÉRATIONS

SUR LES

TUMEURS GRAISSEUSES

EN GÉNÉRAL

ET SUR

LES LIPOMES

EN PARTICULIER.

PAR

J. M. PRAT

DOCTEUR EN MÉDECINE.

STRASBOURG

IMPRIMERIE D'AD. CHRISTOPHE, GRAND'RUE, 138.

1858.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

TUMEURS GRAISSEUSES EN GÉNÉRAL

ET

LES LIPOMES EN PARTICULIER.

Dans le courant du mois de mars 1858, M. le professeur Sédillot fit, à la Clinique chirurgicale, l'extirpation d'une tumeur dont la nature était restée douteuse jusqu'après l'opération. Examinée par M. Morel, professeur agrégé, elle fut reconnue pour un lipôme présentant quelques particularités qui excitèrent assez vivement l'attention. J'eus l'occasion de voir cette tumeur dans le cabinet de mon ami M. Morel, et d'en étudier avec soin les caractères microscopiques. L'idée me vint de rechercher si des faits analogues avaient déjà été signalés. Sur ces entrefaites, M. le professeur Küss, auquel je parlais de mes études, se rappela qu'il avait examiné, quelques années auparavant, un lipôme d'une structure tout à fait singulière, et voulut bien me remettre les notes qu'il avait prises à ce sujet.

Ce qui m'embarrassa tout d'abord dans mes recherches, ce fut le peu d'accord qui règne parmi les auteurs touchant ce qu'il faut appeler lipôme ou en distinguer; ce qu'il convient de regarder comme un lipôme dégénéré ou modifié ou pour une tumeur tout à fait distincte.

Je fus ainsi obligé d'envisager les tumeurs graisseuses en général,

d'examiner ce que nous connaissons sur leur origine, leur développement, leur contenu, je dus même aller au-delà et jeter un coup-d'œil sur le rôle que joue la graisse dans l'économie à l'état normal et pathologique. Je me rendis ainsi un compte assez exact, du moins je le suppose, de la nature des tumeurs graisseuses en général, et en particulier du lipôme, dont je pus distinguer les variétés d'avec d'autres produits pathologiques qui lui sont étrangers.

Cette étude que j'ai faite en comparant les différents auteurs, m'a paru offrir assez d'intérêt : j'en donne ici le résultat, sans autre prétention que de résumer en peu de mots l'état actuel de la science sur un point d'anatomie pathologique peut-être trop négligé pour des questions d'une importance plus grande.

On a nommé *tumeurs graisseuses* des productions pathologiques, enkystées ou non, dont la graisse forme l'élément principal.

Ces tumeurs ont reçu les noms tantôt génériques, tantôt spécifiques de loupes, lipômes, stéatômes, athérômes, cholestéatômes. Or, il ne faut pas aller bien loin dans leur étude pour s'apercevoir que l'on n'a pas affaires à des espèces bien définies ; plusieurs des caractères, prétendus distinctifs, sont tout à fait artificiels, ou, ce qui est plus grave, se rencontrent dans une foule de tumeurs ; aussi, ce qui porte tel nom chez un auteur, est-il appelé autrement par un autre, et l'on arrive à la conviction qu'en conservant la terminologie vulgaire, basée sur le contenu actuel de la tumeur, on n'établira jamais une classification exacte.

Pour jeter quelque lumière sur la question qui nous occupe, il faut s'adresser à l'histologie générale, spéciale et pathologique, se demander d'abord quel rôle joue la graisse dans l'économie, sous quelles formes et d'après quelles lois générales elle s'y présente.

Ensuite il faut examiner où se rencontrent les tumeurs dites graisseuses, et quels sont les éléments normaux qu'elles remplacent ou dont elles sont l'exagération.

Je vais essayer de faire une esquisse de ces deux études.

La graisse, dès son entrée dans l'économie, présente bien des problèmes à résoudre. On ne sait par quel mécanisme elle pénètre dans les vaisseaux absorbants. On comprend difficilement comment le sang, qui est chargé de la porter à tous les points de l'économie, semble pourtant en contenir de si petites quantités dans un volume donné.

Sans nous arrêter à ces questions aussi obscures qu'intéressantes, examinons ce que devient la graisse une fois absorbée, comment l'économie la met en œuvre.

Depuis les travaux de Liebig, il est admis que brûlée dans les poumons, elle sert à l'entretien de la chaleur animale ; que c'est un aliment respiratoire. Cette portion de la graisse ne doit pas nous occuper.

Une minime partie se trouve dans un certain nombre de produits de sécrétion, et ici nous nous approchons de notre sujet.

Le lait, le sébum, sont des liquides gras. Comment cette graisse s'y introduit-elle ? Au fond des culs-de-sacs formant les acini des glandes sébacées et mammaires, on voit des globules semblables à ceux de l'épithélium, d'abord transparents, renfermant un noyau avec nucléole. Peu à peu leur contenu se trouble par l'apparition de gouttelettes ténues, réfractant fortement la lumière : c'est de la graisse. La quantité de cette graisse augmente ; elle se réunit en gouttelettes plus grandes ; enfin la cellule entière n'est plus qu'une petite poche graisseuse ; elle éclate, et la graisse se mêle à une certaine quantité de liquide albumineux qui l'entraîne, beurre d'une part, graisse de la matière sébacée de l'autre.

L'apparition de la graisse a donc été le signal de la dégénérescence et de la destruction définitive de la cellule.

Les cellules épithéliales non-contenues dans les culs-de-sacs glandulaires, mais étendues librement sur une surface, peuvent aussi fournir par leur dégénérescence des liquides graisseux. C'est ce que l'on voit aux parties génitales de l'homme et de la femme. Il est actuellement démontré que le *smegma preputii*, chez l'un et l'autre sexe, matière

très-analogue au liquide sébacé, ne provient pas de glandes spéciales, mais de la transformation de l'épiderme qui revêt ces parties.

Ce fait n'a rien que de très-naturel quand on sait que les glandes sébacées ne sont après tout que des dépressions de la peau, dont l'épiderme, au lieu de se sécher, devient gras et fond. Le *vernix caseosa,* enduit caséeux du fœtus, est très-probablement aussi le résultat de la fonte graisseuse d'un certain nombre de cellules épidermiques.

La moelle des os, composée de gouttelettes de graisse et de petites granulations graisseuses, n'est encore que le produit de la dégénérescence de cellules. Ces cellules, dites de la moelle rouge, existent en quantité prépondérante chez le fœtus ; on y reconnaît un noyau et un nucléole. Une partie d'entre elles fournit les différents tissus qu'on rencontre dans les cavités des os, les autres se remplissent peu à peu de graisse, leur enveloppe est détruite, et chez l'adulte, dans la moelle jaune, on ne trouve plus que des amas de graisse de différentes formes, presque sans traces des cellules primitives.

Enfin, la graisse se montre encore d'une autre façon dans le corps humain, et ici les faits, quoique toujours analogues, arrivent pourtant à une terminaison différente.

La graisse constitue la plus grande partie du tissu cellulo-adipeux ou mélange de tissu cellulaire et de graisse, dont nous examinerons en peu de mots la constitution. On sait depuis longtemps que la graisse est déposée entre les mailles du tissu cellulaire, mais ce n'est que depuis peu d'années qu'on a recherché comment elle s'y dépose, sous quelle forme elle s'y trouve. Parlons en peu de mots du tissu connectif d'abord, puis de l'élément adipeux.

Le tissu connectif est composé d'une infinité de petits faisceaux à stries longitudinales, représentant des fibrilles, selon les uns, de simples plis selon les autres. Dans l'intervalle de ces faisceaux on trouve un réseau de fibres élastiques, fines, anastomosées, présentant de point en point des renflements qui sont des corpuscules de tissu cellulaire de

Virchow[1], appelés par Koelliker cellules plasmatiques[2]. Le réseau des fibres élastiques revêt les faisceaux de tissu cellulaire. Ces faisceaux, par leur réunion et leur entrecroisement, forment les mailles du tissu dit cellulaire à cause de cette disposition. C'est dans l'intérieur de ces mailles qu'est déposée la graisse. Elle est contenue dans des vésicules qui ne sont autre chose que des cellules. En effet, en bien les examinant, on trouve encore dans beaucoup d'entre elles les noyaux caractéristiques de la forme cellulaire. Aussi admet-on que là encore des cellules ne contenant d'abord qu'un liquide albumineux, se sont peu à peu gorgées de graisse.

Seulement une fois ce travail terminé, la cellule ne se détruit pas; au contraire, par une disposition remarquable, elle persiste et forme un petit récipient toujours à la disposition de la graisse, qui augmente, diminue ou disparaît, selon les variations de l'embonpoint du sujet. En effet, chez les individus peu gras on trouve de ces cellules beaucoup plus petites, ne contenant plus de graisse, mais seulement une certaine quantité de liquide séreux. Pour qu'on ne puisse douter de la transition, d'autres cellules sont séro-graisseuses, c'est-à-dire qu'elles contiennent à la fois une quantité de la matière qui vient et de la matière qui passe.

Beaucoup d'auteurs ont vu comment les vésicules se forment aux dépens des cellules à noyau (entres autres M. Küss: voir plus bas son observation). Mais d'où viennent ces cellules? Sont-elles le produit d'une génération spontanée aux dépens d'un blastême amorphe? ou doivent-elles leur origine à quelqu'un des éléments du tissu connectif? Cette question n'est pas encore élucidée, pourtant une opinion commence à s'élever qui pourrait bien être la véritable.

Les cellules plasmatiques du tissu cellulaire, dont nous n'avons pas

[1] *Ueber die Identitæt von Knochen, Knorpel und Bindegewebskœrperchen, so wie über Schleimgewebe* (Wurtzb. Verhandl.).

[2] Koelliker, *Eléments d'histologie humaine,* traduction de MM. J. Bédard et Marc Sée, Paris, 1856.

parlé plus haut sans raison, sont incontestablement les éléments vivants de ce tissu achevé et passif du reste. Il est prouvé qu'elles donnent les cellules osseuses dans la formation de l'os aux dépens du tissu connectif; il est très-probable aussi que dans ce cas, c'est à leurs dépens que naissent les cellules de la moelle rouge. De plus on a de très-bonnes raisons pour supposer qu'elles sont le point de départ, le premier germe d'une foule de productions pathologiques. Eh bien! quelques auteurs affirment que les cellules graisseuses ne sont autres que les corpuscules plasmatiques considérablement multipliés et modifiés. Leydig [1] qui défend cette opinion, donne une figure qui ne paraît pas très-probante; mais Koelliker,[2] dans son grand *Traité d'histologie*, représente quelques vésicules séro-graisseuses dont la forme rappelle d'une façon frappante celle de corpuscules plasmatiques avec leurs prolongements.

Quoiqu'il en soit, cette question exige encore des recherches pour une solution satisfaisante. L'essentiel est de savoir que dans le tissu adipeux la graisse est toujours contenue dans des cellules qui restent intactes et qui peuvent, selon les variations de la santé, des habitudes, du tempérament, s'affaisser, se vider plus ou moins et se remplir à nouveau.

Les dimensions de ces vésicules sont variables, pourtant elles sont en général assez fortes et mesurent quelquefois jusqu'à 1/10 ^{mm}. La membrane qui en constitue l'enveloppe, est si fine qu'il faut un œil exercé pour l'apercevoir dans certains cas, et qu'elle se brise très-facilement sous le verre qui recouvre le porte-objet ; ceci explique l'erreur de quelques auteurs qui ont cru voir de la graisse libre dans des tissus, où certainement elle se trouve toute entourée de vésicules.

Cette graisse est un mélange d'oléine et de margarine, liquide à la température normale du corps. Quelquefois on y rencontre des cristaux

[1] *Lehrbuch der Histologie des Menschen und der Thiere*, von Dr Franz Leydig; Frankfurt, 1857.

[2] *Mikroskopische Anatomie*, von Koelliker; Leipzig, 1850.

de margarine, fines aiguilles réunies en étoiles à forme caractéristique; mais on a jusqu'ici regardé comme probable, que ces cristaux ne se forment qu'après la mort par le refroidissement.

Plusieurs vésicules groupées ensemble (quelquefois chacune isolément), reçoivent une fine enveloppe de tissu cellulaire; un lacis de vaisseaux très-fins entoure ces groupes ou lobules et sert aux échanges de matériaux si nombreux et si répétés.

Il existe encore dans l'économie un autre corps auquel on a tantôt accordé, tantôt refusé la qualité de graisse, mais dont nous parlons ici parce que nous le retrouverons dans les tumeurs que nous devons étudier : c'est la cholestérine, que sa composition chimique et quelques réactions caractéristiques rapprochent des graisses, mais dont le point de fusion est très-élevé et qui n'est pas saponifiable. Contenue dans le sang, elle fait partie intégrante de la bile, avec laquelle elle apparaît d'abord dans les cellules hépatiques. Elle se trouve de plus dans une foule de productions pathologiques, où elle est caractérisée par ses tablettes rhomboédriques spéciales.

Jusqu'ici nous avons vu la graisse faire son apparition dans l'économie toujours de la même façon, en se déposant dans des cellules préformées. Il existe encore un autre mode de formation graisseuse, mais plutôt pathologique que normale.

Tout organe soumis à un repos trop prolongé tend à s'atrophier, puis à dégénérer. Un fait remarquable, c'est que la dégénérescence (à moins de conditions particulières), se fait toujours par le même mécanisme, c'est-à-dire par la transformation graisseuse. Or, comment un tissu fibreux, non chargé de cellules, un muscle, par exemple, se convertit-il en graisse ? Il est évident qu'ici il se présente un nouveau point à élucider.

Les recherches faites ont amené à la constatation d'un phénomène très-curieux : la transformation spontanée et indépendante de la fibrine en graisse. Expliquons-nous. Dans la dégénérescence d'un muscle on peut admettre que le sang, entraînant peu à peu les parties fibreuses

atrophiées dépose à leur place des molécules graisseuses. Mais l'explication est bien plus difficile quand il s'agit de parties soustraites à la circulation ou du moins ne possédant pas de vaisseaux dans leur intérieur.

L'athérôme des artères débute par un dépôt de fibrine sur la paroi interne de ces vaisseaux, puis on voit cette fibrine se changer en graisse. Des dépôts fibrineux d'une certaine épaisseur, arrêtés sur les valvules du cœur, se ramollissent dans leur intérieur, au point de ne plus présenter de solide qu'une mince coque entourant une matière fluide tout à fait graisseuse. On pourrait encore soutenir que le sang qui baigne ces caillots leur fournit la graisse. Mais le même fait se passe dans des veines oblitérées par de longs caillots, où des masses de fibrine relativement très-épaisses subissent la dégénérescence graisseuse qui commence par leur centre.

Dans certaines expériences de Wagner, des morceaux de matière albuminoïde pure introduits dans le péritoine d'animaux vivants, se sont changés, au bout de quelques jours, en un détritus graisseux très-analogue au liquide qui remplit les petits kysts graisseux du cœur.

Mais les faits les plus curieux en ce genre sont ceux qu'on a observés en dehors de l'économie vivante.

Tout le monde sait que dans certaines conditions des cadavres entiers se changent en graisse. Quelques auteurs ont examiné les produits donnés par la putréfaction de la caséine pure et y ont trouvé les réactions caractéristiques de différents corps gras.

Dans plusieurs contrées on sait depuis longtemps que les fromages abandonnés à eux-mêmes, dans certaines conditions, deviennent de plus en plus gras. La science a constaté ce fait. M. Blondeau[1] a examiné un fromage et trouvé qu'il contenait 1/200 de son poids de substances grasses. Après l'avoir conservé pendant deux mois, presque toute la caséine était changée en graisse. La graisse ainsi obtenue avait une grande ressemblance avec le beurre, un goût agréable, était très-saponifiable, etc.

[1] *Journal de Chimie médicale*. Troisième série. Tome IV. 1848.

Il est permis de conclure de tous ces faits que dans l'économie la graisse peut se former par une transformation directe des éléments *protéinés;* et il existerait ainsi deux grands modes d'arrivée de la graisse dans les tissus :

En pénétrant par transudation dans ces cellules préformées qui ensuite soit se dissolvent, soit persistent.

En se formant de toutes pièces, sur place, aux dépens des tissus auxquels elle se substitue.

Après avoir vu rapidement par quel mécanisme la graisse se produit d'ordinaire dans l'économie, examinons si l'on retrouve les mêmes faits dans la formation des tumeurs dites graisseuses. Commençons par les glandes sébacées.

Il est prouvé que leur dégénérescence produit une grande partie des tumeurs graisseuses. Les choses se passent d'une façon très-simple, le conduit excréteur est oblitéré par une raison quelconque ; le sébum s'accumule dans l'intérieur de la glande, la distend, et la sécrétion continuant à se faire avec plus ou moins d'activité, il se forme un kyste plus ou moins considérable.

Voici quel est l'aspect ordinaire des tumeurs sébacées: elles sont entourées d'une coque fibreuse distincte, analogue au derme, mais présentant moins de traces d'organisation que ce feuillet, les vaisseaux nourriciers se ramifient à la surface de cette enveloppe sans y pénétrer. A la face interne, la couche qui représente l'épiderme est infiniment épaissie, composée d'une foule de lamelles superposées, d'autant plus nombreuses que la sécrétion est plus abondante ; en se rapprochant du centre de la tumeur, on trouve les mêmes éléments ramollis, réduits en bouillie, tandis que l'on aperçoit sur les confins de ces deux éléments des cellules subissant la dégénérescence graisseuse, et formant la transition entre les deux. La bouillie centrale contient une grande quantité de gouttelettes de graisse libre, des détritus albumineux de cellules, des cellules restées entières, quelquefois des cristaux de margarine et très-souvent de la cholestérine. La consistance des deux éléments cortical

et central, de même que leur abondance relative, est très-variable.

Il existe d'autres tumeurs[1] très-analogues aux précédentes, et par leur contenu et par leurs enveloppes, qui ont un mode de développement différent. On y trouve encore l'enveloppe dermique, mais à la face interne on reconnaît l'embouchure d'un nombre plus ou moins grand des glandes sébacées, desquelles souvent sortent des poils. L'on a donc affaire, non plus à une dépression simple de la peau produisant un seul follicule sébacé, mais un représentant de tout le système cutané avec ses accessoires. Il faut dire que tous les éléments de la peau ne s'y trouvent pas très-nettement dessinés : ainsi le derme ne possède point de papilles et a une structure passablement ankyste, etc. Le contenu de la tumeur est produit d'une part par les glandes sébacées qui déversent leur secrétion dans la cavité centrale, d'autre part par la végétation et les modifications des cellules épidermiques. Les modifications de ces cellules sont très-variées. Ainsi, quelquefois il se produira un véritable tissu corné qui, après avoir rempli la tumeur, peut même, en détruisant les tissus placés entre elles et la surface du corps, faire saillie à l'extérieur sous forme de corne. Le plus souvent les cellules restent plus molles, et même dégénèrent à mesure qu'elles s'éloignent du lieu de leur production pour s'avancer vers le centre de la tumeur. On conçoit que la consistance de celle-ci sera très-variable, selon que son contenu sera fourni en plus ou moins grande quantité par les glandes sébacées ou par les couches épidermiques, et que ces dernières auront plus ou moins de tendance à subir la fonte graisseuse : c'est dans ce genre de tumeurs que l'on trouve aussi des poils.

Enfin le tissu adipeux peut lui aussi s'hypertrophier localement et former des tumeurs; car il est bien entendu que nous ne parlons pas ici de son hypertrophie générale, improprement nommée polysarcie (σάρξ veut dire chair). Ces tumeurs ont un tout autre caractère que celles dont nous venons de faire une esquisse. Elles sont parcourues de

[1] M. Lebert a donné à ces tumeurs le nom de *kystes dermoïdes* qui en indiquent bien l'origine, qui a été adopté par plusieurs anatomo-pathologistes.

plus ou moins de tissu cellulaire, et la graisse n'y est point en gouttelettes entassées pêle-mêle avec toutes sortes de débris, mais bien contenues dans des cellules intactes formant des groupes différemment disposés.

Tels sont les produits pathologiques auxquels les auteurs ont donné les noms d'*athérômes, cholestéatômes, stéatômes, lipômes*. Examinons maintenant quelle raison d'être ont ces dénominations, et s'il est légitime de les conserver.

Athérome (ἀθήρα) veut dire accumulation de bouillie ; cette expression est parfaitement juste, s'appliquant à une grande quantité de tumeurs sébacées ou dermoïdes ; cependant beaucoup de ces tumeurs peuvent contenir des parties beaucoup plus denses, et dès lors, quoiqu'elles aient la même origine, que leur enveloppe soit la même, et qu'il y ait lieu de leur appliquer les mêmes procédés chirurgicaux, il faudrait leur donner un autre nom, à cause de la différence d'aspect de leur contenu, différence sans aucune valeur (en physiologie et en thérapeutique).

Mais le mot de cholestéatôme a encore beaucoup moins de raison d'être ; d'après les auteurs modernes qui ont essayé d'en fixer la signification (J. Mueller[1], Lebert[2]), il est caractérisé par la présence de lamelles brillantes, nacrées, donnant à la tumeur qui les contient une certaine consistance. Ces éléments plus durs ne sont autre chose que les cellules épidermiques non encore fondues mais tassées en couches, et des travaux plus récents[3] ont démontré que précisément ces parties ne contiennent point de cholestérine, malgré leur apparence qui a pu induire en erreur. Au contraire, on en trouve souvent dans la bouillie que contiennent les tumeurs molles ; et la raison en est facile à comprendre, car la cholestérine, vrai produit de dégénérescence, ne se trouve en

[1] J. Mueller. *Ueber den feineren Bau und die Formen der krankhaften Geschwülste*. 1838.

[2] Lebert. *Physiologie pathologique*. 1845.

[3] Voyez Aug. Foerster. *Handbuch der allgemeinen pathologischen Anatomie*. Leipsig 1855.

général (dans les formations pathologiques) que là où la fonte graisseuse est bien prononcée et avancée. Aussi trouve-t-on cette substance dans une foule de productions pathologiques, et sa présence ne peut-elle en aucune façon servir à caractériser une espèce distincte de tumeurs.

Parmi les tumeurs que nous considérons ici, il n'en est presque pas qui ait donné lieu à plus de discussions que le stéatôme. Nous entrerons dans quelques détails à ce sujet pour montrer quelle peut être l'utilité de l'examen microscopique des tissus morbides, et comment, par son moyen, on peut rendre toutes simples des questions très-controversées et en apparence fort compliquées.

Sans nous occuper des auteurs anciens, sans rechercher ce que pouvait bien être le stéatôme de Galien, passons d'emblée à l'examen des théories des modernes.

M. Nélaton, dans son excellent *Traité de pathologie chirurgicale*, cherche à établir que le stéatôme n'est autre chose qu'un cancer, et cite à l'appui les définitions que donnent de cette tumeur Boyer et le grand *Dictionnaire des sciences médicales*. «Le stéatôme, dit Boyer, «est formé par une graisse dégénérée devenue blanche et dure, conte-«nue dans les loges du tissu cellulaire distendu, et jointe à une plus «ou moins grande quantité de lymphe. Il se présente sous la forme «d'une tumeur plus ou moins volumineuse, dure, inégale, mobile sous «les doigts, mais peu compressible et surtout peu élastique; on sent «au toucher qu'elle est formée de plusieurs lobes, et l'on distingue, «même à travers la peau, les intervalles qui les séparent.» Dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales :* «le stéatôme est formé par «l'assemblage de noyaux durs, irréguliers, contenant une matière «épaisse, lardacée ou grisâtre; la tumeur est inégale, mobile sous les «doigts, et permet de sentir les lobules agglomérés.»

Eh bien! ces mêmes tumeurs, telles qu'elles sont ici décrites avec leur aspect lardacé, une apparence plus ou moins consistante de la graisse qui la fait ressembler à de la cire, ne sont que des tumeurs

cellulo-adipeuses, où le tissu cellulaire se trouve en beaucoup plus grande abondance que dans ce qu'on appelle vulgairement *lipôme*. M. Lebert pense, il est vrai, que le stéatôme est «la forme dans laquelle la graisse se montre sous forme de granules ou de masses concrètes, non renfermées dans des vésicules particulières.»

Cependant les nombreux auteurs[1] qui ont depuis étudié la question n'ont jamais trouvé la graisse libre dans le stéatôme, mais bien toujours contenue dans les vésicules adipeuses. Nous ne parlerons donc du stéatôme que comme une variété du lipôme dont nous allons étudier plus longuement la structure et les modifications.

Le mot *lipôme*, si l'on n'en considère que l'étymologie (λιπος, graisse), n'est pas meilleur que ceux que nous venons d'examiner, car on pourrait le donner à toutes les tumeurs graisseuses indifféremment; tandis que l'usage a prévalu de ne l'appliquer qu'aux tumeurs résultant de l'hypertrophie locale du tissu cellulo-adipeux. Il vaudrait certainement mieux de l'appeler *adipôme*, comme l'a proposé M. Cruveilher[2], ce mot rappelant l'idée du tissu adipeux. Cependant le terme de *lipôme* ayant une signification actuellement précise, il n'y a point d'inconvénient à la conserver quelle qu'en soit l'origine.

Ce qui caractérise ce genre de tumeur, c'est que la graisse y est contenue dans des vésicules closes; de plus, le tissu cellulaire y existe en quantité plus ou moins grande, le plus souvent envoyant parmi les amas de vésicules graisseuses une foule de cloisons qui divisent la tumeur en lobes, lobules. Les vésicules ont des dimensions normales ou bien sont plus grosses; d'autre part, quelques auteurs racontent avoir rencontré parmi elles des cellules plus petites, nucléolées, sans graisse; d'autres plus développées contenant déjà quelques gouttelettes graisseuses. Le contenu des vésicules est un mélange d'oléine et de marga-

[1] Voyez Vogel, *Iconen histol. patholog.* 1843, et *Handbuch der allgemeinen pathologischen Anatomie*, 1845. — Gluge, *Atlas der pathologischen Anatomie*, 1845. — Furstemberg, *die Fettgeschwülste der Thiere, ihre Entstehung und Metamorphose.* — Bardeleben, dans sa traduction allemande de Vidal, 1852. — Foerster, *op. cit.*, etc., etc.

[2] Cruveilher. *Traité d'anatomie pathologique générale.* 1856.

rine liquide à la température du corps. Les vaisseaux sont ceux du tissu cellulaire dont ils suivent les divisions, accompagnant les différentes cloisons de la tumeur et se rendant même à chaque vésicule en particulier, comme le prétend M. Gendrin [1], quand chacune d'elles reçoit une enveloppe cellulaire. Il n'est pas probable qu'on puisse établir une règle générale sur la manière dont ces vaisseaux entrent dans la tumeur, cesont ceux du tissu cellulaire environnant qui peuvent y pénétrer de différents côtés : seulement quand le lipôme situé sous la peau la refoule par son accroissement et tend à se pédiculer, il est clair que les vaisseaux n'y arriveront plus que par le pédicule. Ces tumeurs n'ont point d'enveloppe proprement dite ; pourtant on trouve sur leur pourtour une couche de tissu cellulaire tassé, mais qui ne ressemble en rien à la membrane beaucoup plus épaisse des kystes graisseux signalée plus haut. L'on dit avoir rencontré des lipômes envoyant des prolongements en différents sens et se continuant indistinctement avec le tissu cellulaire normal. Ce fait n'a probablement lieu que pour les lipômes bridés et comprimés par des muscles et qui se développent dans leurs intervalles.

Souvent on ne rencontre pas l'hypertrophie simple et égale de tous les éléments du tissu cellulo-adipeux, une forme fréquente c'est l'hypertrophie relativement plus considérable du tissu cellulaire. Au lieu de fines membranes, il se forme des faisceaux plus ou moins épais, denses, de couleur blanchâtre, présentant tantôt des fibrilles très-distinctes, tantôt avec un aspect complétement amorphe. La graisse parcourue de cloisons plus nombreuses, plus résistantes, paraît elle-même plus dure ; et la tumeur offre en général une couleur plus blanche en comparaison de la coloration jaune des lipômes très-graisseux.

Qui ne reconnaît ici le stéatôme tel que l'a décrit Boyer ? et en effet, pour la plupart des auteurs récents le stéatôme n'est plus qu'une variété du lipôme.

[1] Voir Pautrier, Thèse sur le lipôme. Paris, 1854.

La graisse contenue dans les vésicules est, avons nous dit, liquide. Cependant, quand on examine ces vésicules au microscope, l'on y trouve quelquefois des cristaux de margarine. En général, la présence de ces cristaux est attribuée au refroidissement ; car on admet qu'à la température ordinaire, l'oléine qui se trouve dans le composé graisseux est en quantité suffisante pour maintenir la margarine liquide (le point de fusion de l'oléine est à — 4°, celui de la margarine à + 49°). Pourtant l'observation suivante est de nature à donner des doutes à ce sujet [1].

L. J..., de Mutzig, ménagère, âgée de 38 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, jouissant du reste d'une parfaite santé, entre dans le service du célèbre professeur, le 21 mars 1858, réclamant l'ablation d'une tumeur qu'elle porte depuis quinze ans aux parois abdominales. Une contusion en aurait été la cause déterminante. A cette époque, c'était un noyau dur, à peine appréciable, qui ne fit que progresser depuis lors, surtout durant ces deux dernières années.

Actuellement la tumeur occupe la paroi latérale droite du ventre, au-dessus du niveau de l'ombilic : elle paraît siéger dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. On y distingue à la palpation deux portions : l'une supérieure, molle, souple, lobulée, assez mobile, mal limitée sur ses bords, parfaitement indépendant du plan musculaire, présentant environ la dimension du poing : elle est évidemment de nature graisseuse. L'autre, située au-dessous de la première, à laquelle elle semble faire suite, mais de consistance bien différente, dure, élastique, bosselée, nettement limitée, de la grosseur d'un fort œuf de poule. Elle est parfois le siége de douleurs vagues, peu intenses, elle n'est guère sensible à la pression. La peau souple, non altérée, glisse à sa surface. En engageant la malade à contracter ses muscles abdominaux et saisis-

[1] Je dois cette observation à l'obligeance de M. Ehrmann, interne à la clinique chirurgicale, quoique, dans ce travail, je m'occupe surtout d'anatomie pathologique ; je la cite pourtant toute entière, parce qu'elle est intéressante à plus d'un titre, et pour ne rien changer à la rédaction de M. Ehrmann.

sant en masse cette partie de la tumeur, on parvient à lui imprimer de légers déplacements, mais on ne peut en soulever la base. La laxité de la peau (la femme L... a eu sept enfants, et son dernier accouchement date de cinq mois) favorise cette exploration.

Ici le diagnostic reste incertain, on établit toutefois comme *probable* la nature fibreuse ou squirrheuse de la tumeur, l'existence d'un prolongement pédiculé adhérent soit aux muscles, soit à l'aponévrose profonde.

La malade est soumise pendant quelques jours à un régime doux, légèrement laxatif (soupe maigre, tisane amère, une bouteille d'eau de Sedlitz le premier jour, un demi-verre le matin les jours suivants.

Le 25 mars, l'opération est pratiquée par M. Sédillot, en présence de MM. Herrgott, Boeckel fils, Glæsel, Leroux, Frison, Spielmann et les élèves de la Clinique.

La malade étant chloroformée, M. Sédillot fait à la peau un large pli longitudinal qu'il incise de la base vers le sommet en le traversant par un mouvement de ponction. A travers les mailles du tissu graisseux apparaît l'enveloppe de la tumeur qu'il saisit avec des érignes et dissèque rapidement dans tout son pourtour. Elle adhère aux muscles par du tissu cellulaire lâche, il n'y a pas de pédicule. Cette enveloppe est commune aux deux portions qui, conséquemment et contrairement à ce que l'on avait pu supposer un instant, appartiennent à la même tumeur.

Aucune ligature n'a été nécessaire, la malade n'a pas perdu plus d'une ou deux cuillerées de sang. Les bords de la solution de continuité sont mis en contact et maintenus par quatre points de suture entortillée. Il en résulte une plaie linéaire, transversale, un peu oblique en haut et en dedans, de sept centimètres de longueur. Un linge cératé fin la recouvre. Des morceaux d'agaric et des plumasseaux de charpie maintenus par des compresses et par un bandage de corps, sont appliqués de façon à exercer sur la région opérée une forte compression.

Une diète sévère fut observée pendant les quatre premiers jours.

Aucune réaction ne se manifesta. Le bandage fut rassuré plusieurs fois par jour, afin de maintenir bien appliquées les surfaces traumatiques.

Le 27, les épingles furent enlevées et remplacées par des bandelettes de taffetas gommé. Le 30, celles-ci mêmes furent ôtées ; les bords de la plaie s'étaient parfaitement réunis par première intention.

Le 4 avril, l'opérée quittait l'hôpital, complétement guérie.

J'ai examiné la tumeur 24 heures après l'opération. Du poids de 270 grammes, elle est d'une mollesse telle qu'elle s'affaisse et s'étale sur le plat où elle est placée, comme une vessie à demi remplie de liquide. Elle donne du reste au toucher une sensation de fluctuation très-prononcée, comme si elle contenait une vaste collection entourée d'une membrane peu épaisse. Un seul point de la tumeur est d'une consistance toute différente ; c'est un noyau gros comme un œuf, présentant à la coupe un aspect lardacé, homogène. Cependant les deux portions ont la même structure intime : c'est un amas de cellules graisseuses généralement très-développées (1/10 ^{mm}), parmi lesquelles on ne rencontre que çà et là de rares fibres de tissu connectif.

Un examen attentif de plusieurs coupes faites en différents sens, démontre que le noyau dur est encore plus pauvre en trame fibreuse que la partie molle. Mais toutes ou presque toutes les cellules du noyau contiennent des cristaux de margarine facilement reconnaissables à leurs fines aiguilles réunies sous forme d'étoiles. Dans la partie molle, au contraire, à peine si l'on trouve une cellule sur mille avec des cristaux de margarine.

Ni l'examen au moyen de l'acide chlorhydrique sous le microscope, ni l'analyse chimique faite par M. Hepp, pharmacien de l'hôpital, n'ont révélé la présence de sels calcaires dans aucune partie de la tumeur.

Nous voyons ici un point d'une tumeur graisseuse, infiniment plus dur que tout le reste, qui contraste même par sa mollesse toute particulière. L'idée première, après avoir bien constaté que la tumeur entière était un lipôme, a été de prendre la partie dure pour un stéatôme, mais l'examen le plus attentif n'a pu y révéler aucune augmentation du

tissu cellulaire. Il n'existait pas de dépôt calcaire; ni l'inspection simple, ni l'addition de l'acide chlorhydrique, ni l'analyse chimique n'en ont révélé. Mais ce qu'il y avait de tout à fait remarquable, c'est la présence de la margarine remplissant toutes les cellules, tandis qu'on en trouvait à peine des traces dans de très-rares cellules de la partie molle, exposée pourtant à la même température. Il est donc raisonnable de supposer que la différence si grande de consistance entre les deux parties provenait de la seule différence qu'on ait pu constater à l'examen microscopique, et que les cellules de la partie indurée contenaient une grande quantité de margarine cristallisée pendant la vie. On ne peut se rendre compte de ce fait qu'en admettant une résorption partielle de l'oléine, signalée déjà par Fürstemberg, mais seulement dans les tumeurs envahies par la crétification. Sauf cette circonstance, nous ne sachons pas qu'on ait observé la cristallisation de la margarine pendant la vie. Peut-être existe-t-il des faits de ce genre, peut-être s'en présentera-t-il ultérieurement. En tout cas, puissent-ils ne pas donner l'idée d'établir une nouvelle classe de tumeurs graisseuses, qu'on décorerait du nom de margarôme!

Cette observation présente encore de l'intérêt sous un autre rapport. On s'est beaucoup étonné de la sensation de fluctuation qu'on perçoit dans certains lipômes, puis on a discuté sur l'explication à en donner; pourtant les choses semblent assez simples. La graisse est évidemment liquide dans les vésicules; celles-ci ont une membrane extrêmement fine; les cloisons de tissu cellulaire peuvent seules, pour ainsi dire, arrêter ou atténuer un choc communiqué en un point de la tumeur. Si ces cloisons n'existaient pas, le flot pourrait se transmettre d'un bout à l'autre, comme dans une nappe de liquide non-interrompue. C'est précisément ce qui a lieu dans la présente tumeur. Les cellules en étaient très-grandes, on y rencontrait fort peu de tissu cellulaire; dès lors, rien pour arrêter l'ondulation produite sur un point de la tumeur et qui se communiquait de vésicule en vésicule.

On a signalé aussi un développement exagéré des vaisseaux capil-

laires dans l'intérieur des tumeurs adipeuses. Ainsi, WALTER[1] regarde comme une variété particulière le *nævus lipomatodes*, lipôme congénital du tissu cellulaire sous-cutané, combiné avec une modification du chorion. Les auteurs citent quelques cas qui peuvent rentrer dans cette classe ; mais nous ne croyons pas qu'on ait jamais rien décrit de semblable à la singulière tumeur dont M. Küss a bien voulu nous remettre l'observation.

Cette tumeur, du volume de la tête, s'était développée au jarret, sur et sous le gastro-cnémien, avait refoulé le plantaire grêle et en partie étalé son tendon en membrane ; mais elle n'avait pas envahi les muscles complétement intactes quant à leur composition. Prise pour un cancer, elle avait fait décider l'amputation de la cuisse, et après cela on l'avait envoyé à M. Küss, pour être examinée par lui.

Nous donnons le résultat de l'examen de la tumeur d'après des notes que M. Küss a bien voulu nous communiquer, et dont nous ne faisons que transposer certains passages.

On y distingue quatre parties d'aspects différents :

1° Une matière d'apparence gélatineuse, glaireuse, translucide, de teinte orangée ou rouge brique.

2° Des infiltrations jaune-blanc de matière friable, molle (cellules adipeuses).

3° En d'autres points cette matière est entremêlée de vaisseaux assez volumineux, remarquables par l'épaisseur des parois.

4° Enfin on trouve de volumineux amas composés exclusivement de ces vaisseaux libres et juxta-posés.

Un premier examen ne montre que du tissu graisseux normal. Il commence à s'accumuler dans la matière gélatineuse. Il compose exclusivement la substance jaune-blanchâtre. *Il forme l'épaisseur des parois vasculaires* qui, en fait de tissu propre, paraissent n'offrir que la tunique interne, amorphe, vitrée.

[1] Voyez VOGEL, op. cit.

Le diamètre extérieur des vaisseaux est de 1 à 2 millimètres. Ils ne sont pas absolument libres, mais retenus l'un à l'autre par un tissu très-fin, renfermant également de la graisse; ils étaient flexueux, à anastasmoses fréquentes. Ce tissu fin, formant une espèce de nuage autour des vaisseaux gras, ressemble au tissu médullaire des os : c'est une trame fine, pâlement granulée, offrant par-ci par-là des tractus fibreux, dus en partie sans doute au tiraillement subi par la subtance amorphe. Mais il y a aussi, sans contestation, de véritables fibres conjonctives. Au milieu de cette trame fine se trouvent suspendues des vésicules graisseuses, à différents états de développement, quelques-unes rondes, la plupart allongées, mesurant, celles qui sont achevées, 0,019; 0,022; 0,035^{mm} sur 0,022; 0,033; 0,026^{mm}, etc. Comme jalons de leur développement, on trouve des noyaux pâles de 0,075 sur 0,058; 0,012^{mm} sur 0,0064; d'autres plus grands dans lesquels les granulations prennent le caractère graisseux.

En examinant un des vaisseaux de moyenne dimension, on trouve que l'épaisseur de la paroi adipeuse égale le calibre du canal central (près d'un tiers de millim.). La face externe est en continuité avec le tissu fin dont il a été question. En écrasant le vaisseau, on obtient des lambeaux membraneux qui semblent provenir de la tunique interne. Elle semble amorphe en grande partie, mais il s'y rencontre aussi des paquets de fibres lisses, fines, onduleuses.

Beaucoup de vaisseaux graisseux sont plongés dans un tissu gélatineux plus ou moins consistant; d'autres, comme il a déjà été dit, sont presque libres et ressemblent à des paquets de vermicelle cuit.

Dans une partie de la tumeur, dense comme le squirrhe, ou presque comme du fibro-cartilage, couleur de glande mammaire, translucide, il y a des cellules graisseuses isolées ou par groupes dans un fond de blastême amorphe, paraissant fibreux par places, mais fort obscurément.

Voilà une tumeur qui a été prise pour un cancer, non-seulement avant, mais même après l'opération qu'elle a entraînée. Aussi, d'après

M. Küss, les masses rouges, translucides, plus ou moins consistantes, infiltrées de ce tissu jaune adipeux, faisait l'effet de tissu cancéreux vivace dont certaines portions se seraient momifiées, comme on le voit dans quelques encéphaloïdes. Il existe là une vraie combinaison de lipôme et de télangiectasie: laquelle de ces altérations a précédé l'autre, et quelle est l'explication de cette masse gélatineuse amorphe? ces questions sont trop difficiles à résoudre sur la vue d'une seule tumeur semblable, et je craindrais de me livrer à des commentaires hasardés; je ferai seulement remarquer que, d'après ce qui a été vu de la membrane des vaisseaux, c'étaient des capillaires dilatés; de plus, dans cette tumeur on pouvait étudier le développement de cellules graisseuses aux dépens de cellules à noyau.

Gluge [1] a décrit un genre de lipôme qu'il nomme lipôme colloïde; depuis je ne sache pas que personne ait rencontré ce genre d'altération. Elle paraîtrait consister en un tissu mou, gélatineux, composé de globules de graisse, de débris de cellules et d'autres cellules contenant beaucoup de noyaux particulières au tissu colloïde. Toutes les parties du lipôme, le tissu cellulaire, les vésicules encore existantes seraient très-molles, faciles à déchirer, à écraser. Si j'ai bien compris l'auteur, cette modification se produirait de deux façons différentes, ou bien les capillaires multipliés, congestionnés, cèderaient à la pression du sang, et il se formerait des foyers hémorrhagiques; ou bien il se ferait un épanchement de blastême amorphe. L'une et l'autre exsudation produirait le ramollissement du lipôme et les modifications indiquées. Je n'ai rien trouvé qui me permette ni d'affirmer la vérité de ces assertions, ni de les contredire. Pourtant une pareille forme de lipôme doit être rare, puisqu'elle n'a pas été décrite depuis.

Un fait plus fréquent, c'est la présence dans les lipômes de kystes séreux. On s'explique facilement leur développement en songeant que les vésicules graisseuses sont quelquefois remplies de sérosité; que

[1] Gluge, *op. cit.*

celle-ci vienne à augmenter dans un certain nombre de vésicules, le kyste séreux multiloculaire se trouvera formé et se combinera avec le lipôme, si la modification n'est pas partielle ; de la même façon il pourrait se développer dans les vésicules du tissu colloïde, et, en s'en rapportant aux lois de l'analogie, on se rendrait beaucoup mieux compte d'un lipôme colloïde ainsi constitué que de la manière dont Gluge l'a représenté.

Quelquefois on rencontre des tumeurs adipeuses contenant des concrétions calcaires. Ainsi, M. Cruveilher[1], qui ne croit pas ce cas très-rare, dit avoir vu au centre d'un lipôme de la région axillaire du volume de la tête d'un enfant des concrétions phosphatiques ou osteïdes disposées en cylindre assez régulier, dont la cavité était remplie par du tissu adipeux. Il cite encore un lipôme très-considérable de l'avant-bras, présenté à la Société anatomique par Broca, et qui offrait à sa partie inférieure des concrétions calcaires ou osteïdes, rugueuses à leur surface, compactes, ayant la dureté de l'agathe; ce n'était pas du tissu osseux, car on n'y rencontrait aucun canalicule vasculaire.

M. Giraldès[2] a présenté à la Société de chirurgie un lipôme dont le centre était formé de matières grasses mêlées de granules de sels calcaires. Je ne pense pas qu'on trouve dans la science beaucoup de faits semblables, et ils passent, en général, pour être assez rares.

Il n'en est pas de même chez les animaux, s'il faut en croire l'excellente monographie dans laquelle Fürstemberg[3] étudie si minutieusement les lipômes et leurs métamorphoses. Quoique ses observations n'aient été faites que sur des animaux, on les lit pourtant avec beaucoup d'intérêt, car il est probable que les faits se passent chez l'homme d'une manière analogue, sinon identique. L'auteur regarde la transformation calcaire ou crétification des lipômes comme leur dernière phase d'évolution, espèce de terminaison à laquelle ils doivent nécessairement

[1] Cruveilher, *op. cit.*

[2] *Union médicale* 1853, n° 88.

[3] Fürstemberg, *op. cit.*

arriver. Il a suivi pas à pas, par la comparaison d'un grand nombre de tumeurs, les progrès du dépôt calcaire, et vu comment il commence à se former sur la paroi interne et externe de la membrane cellulaire, pendant que la margarine se cristallise dans l'intérieur de la cellule. Les sels placés à l'intérieur sont le plus souvent des stéarates, margarates ou oléates, tandis que ceux de l'extérieur sont à acides minéraux, c'est-à-dire des carbonates et des phosphates. Ce fait est curieux en ce qu'il montre la graisse contenue dans les cellules jouant son rôle dans le travail de crétification. Je ne m'étends pas sur les travaux de Fürstemberg, puisqu'il n'a point fait de recherches sur l'homme; il est pourtant encore un point que je dois faire ressortir.

Il admet l'existence du cholestéatôme et le regarde comme une variété du lipôme; c'est, d'après lui, une tumeur composée de vésicules polyédriques, distinctes, plus petites que celles qui contiennent de la graisse, et renfermant des tablettes de cholestérine régulièrement disposées. Non-seulement la simple vue, mais encore des réactions chimiques démontrent que c'est réellement cette substance qui forme le contenu des cellules. Il n'y a aucune raison pour voir là autre chose qu'une modification de la graisse vésiculaire et son changement en cholestérine ; car, qu'on le remarque bien, il n'est pas question ici de lamelles feuilletées, nacrées, de cristaux de cholestérine mêlés à une matière amorphe, mais bien des vésicules toutes entières, reposant dans des loges formées par du tissu cellulaire, dont les cloisons reçoivent des vaisseaux, en un mot, toute la structure du lipôme, sauf le contenu des cellules. Il est possible que de pareilles tumeurs existent chez l'homme et aient quelquefois servi de base à l'admission du terme de cholestéatôme ; mais elles sont tout à fait différentes d'origine et de structure des tumeurs sébacées ou dermiques contenant aussi de la cholestérine.

Toutes les modifications dont nous venons de parler sont essentiellement de bonne nature, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Ce sont des faits d'hypertrophie ou d'atrophie simples, d'altérations, pour ainsi

dire, passives, telles qu'on les voit dans les tissus qui fonctionnent peu. Mais les lipômes, sont-ils susceptibles d'un autre genre de dégénérescence ? peuvent-ils se changer en cancer ?

Avec la plupart des auteurs, je ne le crois pas. M. Cruveilher[1] avait cité dans la première édition de son ouvrage une observation de lipôme compliqué de cancer, qu'il reproduit dans sa dernière édition, mais en l'abrégeant ; il y a si peu de détails sur les raisons qui ont fait admettre la nature cancéreuse d'une partie de la tumeur, et il est si difficile, sinon impossible, de distinguer, à l'œil nu, du cancer certaines productions qui en ont toute l'apparence (l'observation de M. Küss le prouve assez), que l'on ne peut, ce nous semble, baser toute une théorie sur ce fait unique. Or, nous n'en avons trouvé aucun autre. Que s'il venait à s'en produire, il serait, en tout cas, nécessaire de les soumettre à un examen scrupuleux, et, de toute façon, de ne pas se prononcer sans examen microscopique. Il ne faut pas oublier de plus que très-souvent les cancers, surtout ceux qui sont composés uniquement d'éléments globuleux, subissent très-rapidement la fonte graisseuse, et ne pas confondre le détritus du cancer avec un tissu formateur de celui-ci. Du reste, dans ces cas, il suffit, pour ne pas se tromper, d'être prévenu que la graisse est sous forme de gouttelettes libres et non pas renfermée dans des vésicules.

Enfin, comme tous les autres points de l'économie, les lipômes peuvent s'enflammer et suppurer. Cependant ces faits semblent relativement rares. Les fameux cas de J. L. Petit que l'on trouve cités partout, semblent se rapporter beaucoup plutôt à des tumeurs sébacées qu'à des lipômes.

L'inflammation peut aller jusqu'à la gangrène, ainsi que le prouve une observation[2] assez intéressante d'un lipôme de la grande lèvre droite, de sept pouces de long sur quatre de large, enflammé à la suite

[1] Cruveilher, *Essai sur l'anatomie pathologique en général*, 1816.

[2] Franz Hauser, *Oesterreichische medizinische Wochenschrift*, 1846, n° 9.

d'un effort et devenu gangréneux; après des accidents généraux très-graves, la tumeur gangrénée fut éliminée en masse.

En résumé, il n'existe que deux espèces de tumeurs graisseuses.

La première espèce, la seule peut-être vraiment légitime, est constituée par l'hypertrophie du tissu adipeux, c'est le lipôme. La graisse forme réellement la plus grande partie du produit pathologique, elle est contenue dans des vésicules et la tumeur présente tous les caractères d'une organisation complète.

Il faut ranger dans cette catégorie les tumeurs qu'on a désignées sous le nom de stéatômes, lipômes télangiectasiques, colloïdes, séreux, crétifiés, et peut-être une partie des cholestéatômes (s'il en existe chez l'homme d'analogues à ceux que Fürstemberg a décrit chez les animaux). Il est bien entendu que ces variétés ne sont que des accidents du lipôme et non des lipômes particuliers.

La deuxième espèce contient une grande partie des tumeurs qu'on désigne généralement sous le nom de loupes. Ce qui les caractérise, c'est l'existence d'une enveloppe qui les sépare nettement des tissus environnants et qui produit le contenu du kyste, lequel n'est pas toujours gras, mais peut tout aussi bien se présenter sous l'aspect corné. De plus, la graisse existe, non point dans des vésicules organisées, mais libre dans un produit dégénéré dont elle caractérise même la dégénérescence. Il faut toujours avoir bien présent à l'esprit qu'il n'y a aucun rapport entre le lipôme et la loupe, si ce n'est la présence, dans les deux, de l'élément graisse. Cet élément se trouvant quelquefois en très-petite quantité, pouvant même manquer tout à fait dans certaines tumeurs sébacées ou dermoïdes, ne devrait pas servir de base de classification; et ces tumeurs, malgré leur contenu le plus fréquent, ne seraient pas à ranger parmi les tumeurs graisseuses.

Les loupes ordinaires ont la consistance de ce qu'on appelait *athérômes*, de sorte que le premier mot peut tout à fait remplacer le second. La présence de la cholestérine ne donne à la tumeur aucun ca-

ractère particulier, et, comme nous l'avons vu, elle est rare dans les loupes épaisses, dont les parties dures et nacrées sont constituées par des couches de cellules épidermiques et non par de la cholestérine. Il n'y a donc pas lieu, pensons-nous, de conserver le nom de cholestéatôme pour désigner une variété de loupes.

Enfin, il faut distinguer avec soin des tumeurs graisseuses tous les amas pathologiques de graisse qu'on peut rencontrer dans le corps humain. Quelquefois en examinant des cancers, on en trouve des portions assez considérables qui ne présentent au microscope que des gouttelettes de graisse et quelques granulations, reste de cellules. Pourtant personne ne voudrait voir là une tumeur graisseuse ; ce sont les éléments globuleux du cancer (mieux conservés en d'autres points) qui se sont peu à peu chargés de graisse et ont fini par se dissoudre. On peut de même trouver des amas de graisse à la place de muscles restés pendant de longues années dans l'inaction, etc., etc. ; ce ne sont point là des tumeurs graisseuses.

Toutes ces considérations ne sont qu'anatomo-pathologiques. Pourtant elles peuvent être de quelque utilité dans la pratique, en facilitant le diagnostic différentiel des tumeurs. Il ne manque pas de cas de lipômes pris pour des cancers, des anévrismes, et ayant motivé des amputations. En examinant la tumeur après l'opération, quelquefois à l'œil, ou du moins au microscoqe, on reconnaissait, mais trop tard, l'erreur commise. Il s'agirait donc de faire cet examen avant l'ablation.

La chose est facile au moyen du trocart explorateur dont se sert M. Küss.

C'est un trocart explorateur ordinaire dont la tige est, du côté de sa pointe, échancrée en hameçon et armée, à 5 ^{mm} du talon, d'une petite goupille. La canule porte à l'une de ses extrémités une rondelle et une rainure qui permet à la tige de passer avec la goupille entrant en bayonnette; en sorte que si la goupille est arrêtée, l'hameçon est dans la gaine, si on pousse la goupille dans la rainure, l'hameçon est dehors.

On introduit le trocart, la goupille en arrière, c'est-à-dire le crochet caché dans la gaîne ; la tige est dans la tumeur. On fait un quart de tour pour engager le crochet, en exécutant de côté et d'autre avec l'instrument de légers mouvements de bascule, et l'on retire la pointe à soi en poussant la canule sur le crochet. Une parcelle de tumeur est coupée par ce mouvement et reste fixée sous l'hameçon du trocart. C'est plus que suffisant pour un examen microscopique.

Si l'on reconnaît dans les parcelles amenées des vésicules très-développées, toutes remplies de graisse, à membranes très-minces, entremêlées de fibres connectives, on aura certainement affaire à un lipôme.

Par ce moyen le caractère de la tumeur, qui fait le sujet de la première observation, aurait pu être parfaitement reconnu. Il n'en est peut-être pas de même pour la seconde. Là les ponctions auraient évidemment donné du sang, auraient amené du tissu gélatineux ou des cellules en voie de formation, et la composition si étrange de cette tumeur serait peut-être restée problématique. Mais aucun mode d'investigation ne peut donner de certitude absolue, et nous ne citons celui-ci que comme un moyen à employer pour appliquer au diagnostic le précieux secours du microscope.

FIN.